



ZMH-FO-PR-2168

بیمارستان و دارالشفاء حضرت زهرا اس مرضیه (س)



فرم رضایت و برائت آگاهانه

شماره پرونده :	کد ملی :	نام بخش :	نام پزشک :
نام :	نام خانوادگی :	نام پدر :	تاریخ تولد :
تشخیصی :	تاریخ پذیرش :		

این قسمت توسط پزشک تکمیل شود. 1	عنوان اقدام تشخیصی / درمانی (پروسیجر تهجمی) :	
	مزایای روش انتخابی :	
	اهم عوارض یا عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :	
	عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :	
این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد 2	روش یا روش های جایگزین تشخیصی / درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی :	
	مهر و امضاء پزشک معالج :	
این قسمت توسط بیمار تکمیل گردد 3	اینجناب فرزند بیمار / سرپرست قانونی / ولی / قیم قانونی با توجه به مطالب فوق و ضمن آگاهی از عوارض احتمالی ذکر شده به این وسیله رضایت / برائت خود را برای انجام اقدامات درمانی اعلام می دارم و کادر درمان را از مسئولیت ناشی از بروز احتمالی عوارض که علیرغم رعایت موازین علمی، فنی و قانونی ممکن است پدید آید مبری می دانم و هیچ گونه ادعایی اعم از کیفری یا حقوقی نخواهم داشت .	
	امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی بیمار / نماینده قانونی بیمار : تاریخ و ساعت اخذ رضایت نامه :	
این قسمت در صورت عدم رضایت به اقدامات تشخیصی / درمانی / جراحی پیشنهادی یا موارد ترک بیمارستان با رضایت شخصی توسط بیمار / ولی بیمار / نماینده قانونی بیمار تکمیل می گردد. 4	بدین وسیله با ارئه توضیحات لازم توسط کادر معالج از ضرورت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق به میزان کافی آگاه شدم لیکن مراتب انصراف و عدم رضایت خود را از انجام آن اعلام می دارم و کادر تشخیصی / درمانی (اعم از حقیقی / حقوقی) را از هرگونه پیگیری کیفری - حقوقی مبری نموده و مسئولیت عدم رضایت اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی فوق و عواقب و عوارض ناشی از آن را بر عهده می گیرم .	
	امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی بیمار / نماینده قانونی بیمار : مهر و امضاء سوپروایزر بیمارستان : مهر و امضاء پزشک :	
این قسمت توسط شاهدان تکمیل گردد 4	شاهد اول :	شاهد دوم :
	نام و نام خانوادگی : کد ملی : آدرس : نسبت با بیمار : امضاء و اثر انگشت :	نام پدر : نام و نام خانوادگی : کد ملی : آدرس : نسبت با بیمار : امضاء و اثر انگشت :

<p>این قسمت در صورت درخواست مشاوره با متخصص پزشکی قانونی ، توسط متخصص پزشکی قانونی بیمارستان تکمیل می گردد .</p> <p>5</p>	<p>1- مشاوره تخصصی پزشکی قانونی جهت اخذ رضایت آگاهانه ضمن مصاحبه با گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ و مطالعه پرونده بالینی انجام و در برگ مشاوره جهت بهره برداری درج گردید .</p> <p>2- مدارک هویتی گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ خانم / آقای منطبق با اطلاعات درج شده در پرونده بیمار می باشد .</p> <p>3- گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ خانم / آقای صلاحیت و اهلیت قانونی جهت اعطای رضایت نامه برائت نامه درمانی و ظرفیت تصمیم گیری در امور درمانی توضیح داده شده را دارد .</p> <p>تاریخ و ساعت / امضاء و مهر متخصص پزشکی قانونی : امضاء و اثر انگشت بیمار / ولی / نماینده قانونی :</p>
<p>این قسمت توسط پزشک بیهوشی بیمارستان تکمیل گردد .</p> <p>6</p>	<p>اینجانب دکتر متخصص بیهوشی بیمار فوق الذکر در خصوص اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی که به منظور تشخیص یا درمان بیماری انجام می شود توضیحات کافی و آگاهی لازم را در مورد اهم مزایا و عوارض و عواقب احتمالی و همچنین روش های جایگزین آن به آقا / خانم گیرنده خدمت □ ولی / نماینده قانونی گیرنده خدمت □ ارائه داده ام که شامل :</p> <p>اهم عوارض و عواقب احتمالی استفاده از روش تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :</p> <p>روش یا روش های جایگزین تشخیصی / درمانی / جراحی با ذکر مزایا و عوارض احتمالی :</p> <p>عواقب عدم پذیرش اقدام تشخیصی / درمانی / جراحی توصیه شده :</p> <p>مهر و امضاء پزشک متخصص بیهوشی : تاریخ و ساعت :</p>
<p>این قسمت در موارد اورژانس و خطر و تهدید جان بیمار تکمیل می گردد .</p> <p>7</p>	<p>به منظور نجات زندگی وبا توجه به وضعیت اورژانسی بیمار اقدام تشخیصی - درمانی بدون اخذ رضایت آگاهانه از بیمار / همراه بلامانع است . تاریخ و ساعت :</p> <p>مهر و امضاء پزشک معالج : مهر و امضاء پزشک متخصص بیهوشی : مهر و امضاء سوپروایزر :</p>
<p>توضیحات</p>	<p>قسمت چهارم : توسط دو شاهد که به ترتیب اولویت بستگان درجه یک بیمار - همراهان بیمار و در صورت عدم وجود همراه ، یک نفر از کارکنان بخش ، غیر از پزشکان انجام دهنده پروسیجر / اقدام تهاجمی - تشخیصی تکمیل می گردد .</p> <p>قسمت پنجم : در صورت انجام مشاوره توسط متخصص پزشکی قانونی ، این قسمت از فرم توسط متخصص پزشکی قانونی که بیمار را مشاهده نموده است تکمیل می گردد .</p> <p>قسمت ششم : در صورتی که اقدامات / پروسیجرهای تهاجمی - تشخیصی نیازمند دخالت پزشک متخصص بیهوشی باشد (مانند کلیه اعمال جراحی ، گذراندن C.V.C و ...) ، توسط پزشک متخصص بیهوشی تکمیل می گردد .</p> <p>قسمت هفتم : در صورتی که برای اخذ رضایت از بیمار / ولی بیمار یا نماینده قانونی وی در خصوص اقدامات تشخیصی تهاجمی زمان کافی نباشد یا به عبارتی حیات بیمار در خطر باشد این قسمت توسط پزشک معالج ، پزشک متخصص بیهوشی (در صورت نیاز به دخالت در انجام اقدام / پروسیجر تهاجمی - تشخیصی) و سوپروایزر بیمارستان تکمیل می گردد .</p> <p>یادآوری 1 : پرکردن قسمت ششم و هفتم فرم رضایت و برائت آگاهانه مانع تکمیل فرم درخواست مشاوره نمی گردد و انجام مشاوره توسط پزشک ضروری است .</p> <p>یادآوری 2 : تکمیل قسمت سوم فرم در مواردی که بیمار به دنبال عدم انجام اقدامات تشخیصی - تهاجمی تمایل به ترک بیمارستان با رضایت شخصی دارد ، مانع تکمیل فرم رضایت نامه ترخیص با میل شخصی نمی گردد و تکمیل " فرم رضایت نامه ترخیص با میل شخصی ضروری است .</p>